

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

412

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Juin 1904, à 1 heure

PAR

A. MAZURÉ

De l'Université de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique
Médaille d'Honneur des Epidémies

Fièvre typhoïde et Diphtérie

ÉVOLUTION SIMULTANÉE DES DEUX MALADIES

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

*Juges : MM. DIEULAFOY, RAYMOND, professeurs.
RENON, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.....		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BUDIN.
Clinique d'accouchements.....	}	PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BEZANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARRAIN ET MARRAINE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

Fièvre Typhoïde et Diphtérie

Evolution simultanée des deux maladies

INTRODUCTION

C'est pendant une épidémie de diphtérie qui régna dans son service de Médecine de l'hôpital Bretonneau, que mon maître, le D^r Josias, me fit voir tout l'intérêt qu'il y aurait à montrer l'évolution de la diphtérie chez des malades déjà gravement touchés par une première infection. Cette idée ne séduisit et je décidai d'en faire le sujet de ma thèse.

Mais avant d'aborder ce travail, c'est pour moi un devoir bien agréable que de remercier ceux qui ont été mes maîtres dans les hôpitaux.

Les premières notions de clinique médicale me furent enseignées par M. le D^r Lacombe à qui succéda bientôt M. le D^r Roques. Ma deuxième année de stage hospitalier se passa dans le service de M. le

D^r Tuffier, alors chirurgien de Lariboisière. J'y appris à connaître les règles de l'asepsie et les éléments du diagnostic chirurgical.

Puis le D^r Museliez me reçut comme externe à l'Hôtel-Dieu. M. le D^r Roques que j'avais appris à connaître voulut bien m'accorder pour ma deuxième année d'externat une place dans son service. Je lui dois une grande reconnaissance, aussi bien pour les leçons qu'il m'a données que pour l'extrême bienveillance qu'il ne cessa de me témoigner, M. le D^r Josias, membre de l'Académie de médecine, m'accueillit alors dans son beau service de l'hôpital Bretonneau. C'est là que je me familiarisai avec les maladies infantiles. Je ne sais en quels termes le remercier de tout l'intérêt qu'il me témoigna, et aussi de ses soins dévoués au cours d'une maladie qui, grâce à lui, fut courte et bénigne. C'est à lui que je dois l'idée première de cette thèse, et j'ai puisé dans les observations recueillies dans son service. M. le D^r Tollemer et M. le D^r Courtade ont droit à tous mes remerciements pour les conseils éclairés qu'ils m'ont prodigués aux diverses consultations de l'hôpital Bretonneau.

M. le D^r Auvard, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, m'a initié à la pratique des accouchements. Je n'aurai garde non plus d'oublier ce que je dois à M. le D^r Brindeau. Je les en remercie sincèrement tous deux.

A l'hôpital Lariboisière M. le D^r Luys m'a facilité à la consultation des voies urinaires la connaissance

de ces maladies, et j'ai appris dans le service de M. le Dr Morax les éléments de la pathologie oculaire. Je leur en garde à tous deux une grande reconnaissance.

Tous mes remerciements aussi à M. le Dr H. Martin-Roux qui a bien voulu m'ouvrir son service de l'hôpital Bichat.

Je termine en exprimant toute ma gratitude à M. le professeur Chantemesse qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je me propose dans un premier chapitre de rechercher comment on a envisagé jusqu'à ce jour la coexistence de deux maladies, et plus particulièrement la coexistence de la fièvre typhoïde et de la diphtérie.

Dans un deuxième chapitre je présenterai mes observations, ainsi que celles que mes recherches m'ont fait découvrir.

Puis dans un troisième et dernier je tâcherai de les commenter et d'en tirer le plus d'enseignements possible.

CHAPITRE I

Les médecins n'ont pas toujours considéré comme possible le développement simultané de deux maladies chez le même sujet.

On lit, en effet, dans Thomas Thompsen (*Recherches sur la variole*, 1752) : « Deux maladies de nature essentiellement différente ne peuvent coexister. » Hunter, en 1784, dans son *Introduction au Traité de la syphilis* (Londres) professe la même opinion, il dit : « Il est hors de toute discussion pour moi que deux actes morbides ne peuvent jamais avoir lieu dans la même constitution, ni deux affections locales dans la même partie à la même époque ». Et pour mettre son observation en accord avec sa doctrine Hunter fut amené à nier la complication de la syphilis par le scorbut, la gale, et à l'expliquer par des erreurs de diagnostic.

Reil dans le même ordre d'idées (*Pyrétologie*, 1815) nie les faits de fièvres éruptives évoluant simultanément parce que, dit-il, « chaque exanthème implique une direction particulière au travail morbide de l'économie, et que ce travail ne peut s'accomplir en même temps dans des sens opposés ».

Plus rapprochés de l'époque actuelle, Hébra dans

son *Traité des maladies de la peau* émet une opinion semblable. Grisolle ajoute peu de foi à la complication des fièvres éruptives entre elles. Murchison, en 1859, dans son article de la *Br. Medico-chirurgical-Review* sur l'existence simultanée dans le même organisme de deux maladies causées par des germes spécifiques, dit qu'on n'a jamais publié aucun fait démontrant la possibilité de coexistence de ces deux maladies. Et Trousseau (*Gazette des hôpitaux*, 1860), pense que toutes les grandes pyrexies, comme les fièvres éruptives, impriment à l'économie une sorte de résistance pour l'invasion d'une deuxième affection de ce genre.

Les idées nouvelles de Davaine et de Pasteur, en créant la conception actuelle des maladies infectieuses, vont du même coup démentir l'affirmation de Hunter et l'explication de Reil. Pourquoi, en effet, le même milieu ne saurait-il convenir à différents microorganismes ? Ils peuvent à la rigueur s'influencer réciproquement et produire une maladie particulière, mais en fait rien ne les empêche de coexister, pourvu que le même milieu assure leur nutrition.

Longtemps déjà avant la théorie microbienne, la clinique avait battu en brèche la doctrine de Hunter. En 1801, Ring dit que la doctrine des incompatibilités peut sans doute passer dans les écoles, mais pas sur le terrain de l'observation. Rien qu'en France, nombreux sont les observateurs qui admettent la coexistence de deux maladies, on pourrait citer parmi eux Monneret, Leudet, les auteurs qui se sont occu-

pès des maladies infantiles : Barrier, Forget, Taupin, Rilliet et Barthéz, Sanné, tous les médecins qui ont observé à l'hôpital des Enfants : Blache, Guersant, Roger, Bergeron, et bien d'autres.

La doctrine microbienne explique bien comment deux maladies peuvent se rencontrer sur le même terrain, mais elle nous explique encore ce qu'avaient observé tous les cliniciens cités plus haut, je veux parler de la gravité du pronostic.

Non seulement l'évolution d'une première infection ne rend pas l'organisme plus résistant à une deuxième infection, elle l'affaiblit au contraire, le laisse déprimé et peu apte à opposer à cette nouvelle invasion une grande résistance.

C'est avant tout l'affaiblissement de l'organisme qui favorise l'invasion des organes par de nouveaux microbes, et cet affaiblissement résulte de l'évolution infectieuse antérieure qui a laissé les tissus imprégnés par les toxines, il résulte encore de la suractivité des lésions organiques, de l'influence mauvaise de la fièvre qui amoindrit la résistance aux bactéries, diminue les sécrétions glandulaires bactéricides, etc... on conçoit combien, dans ces conditions, cette deuxième atteinte de l'organisme doit être grave et combien le pronostic doit en être réservé.

Comment les auteurs ont-ils envisagé la coexistence des deux maladies : fièvre typhoïde et diphtérie ? C'est ce que je vais rechercher maintenant.

La première mention s'en trouve dans le livre de Louis : *Recherches sur fièvre typhoïde* (1829). Ce

n'est d'ailleurs que vers 1820, avec Bretonneau, que la dothiéntérie commença à être séparée des autres fièvres qui ont avec elle quelque ressemblance, et encore elle fut confondue avec le typhus jusqu'en 1850. Horteloup, dans sa thèse (1828), pour démontrer la possibilité du croup chez l'adulte, cite, entre autres, une observation de croup consécutif à une entérite folliculeuse. Puis Taupin, Forget, qui se sont beaucoup occupés de la fièvre typhoïde infantile en citent quelques cas. Les observations deviennent plus fréquentes de 1850 à 1880. Sestier en 1852 (*Traité de l'angine œdémateuse*) a été témoin de trois cas de laryngite pseudomembraneuse dans le cours de la fièvre typhoïde. Oulmont rapporte en 1855 une épidémie de diphtérie qui sévit sur les malades de l'hôpital Saint-Antoine et emporte cinq typhiques. Bouchut, dans son *Traité des maladies des enfants* (1875), dit que la rougeole, la scarlatine, la variole, le croup, s'observent dans le cours de la fièvre typhoïde surtout à l'hôpital, plutôt au titre de maladies concomitantes que comme complication. Il ajoute qu'il a observé un grand nombre de faits de ce genre. Sanné, en 1877 (*Traité de la diphtérie*), rapporte qu'il lui a été donné d'observer 8 cas d'angine couenneuse secondaire à la fièvre typhoïde et que ces 8 cas se sont terminés par la mort. Ht. Moltière de Lyon, sur 234 cas de fièvre typhoïde traités par la méthode de Brand a constaté 5 fois l'angine et la laryngite couenneuse ; il estime que le refroidissement causé par les bains n'y est pas étran-

ger et explique ainsi la fréquence de cette complication à Lyon où l'on emploie le bain froid et sa rareté à Paris où la méthode de Brand ne s'est pas encore répandue. D'autres cas sont disséminés dans les revues françaises et étrangères. Cependant Murchison, William Jenner, qui à Londres ont beaucoup observé de fièvres typhoïdes n'ont jamais observé cette complication, et en France Bretonneau n'en fait pas mention dans son livre *De la diphtérie* (1826). Trousseau fait à Oulmont la même remarque à propos de l'épidémie de Saint-Antoine.

Tous les auteurs qui ont observé cette coexistence attirent l'attention sur la rapide évolution de l'infection secondaire, l'absence fréquente de réaction de la part de l'individu, la propagation quelquefois foudroyante des fausses-membranes à tout l'arbre bronchique et l'issue le plus souvent fatale, soit par asphyxie croupale, soit par intoxication. Ils en recherchent aussi la cause, et souvent la trouvent dans la salle même où il y a eu en traitement une diphtérie. Pour l'épidémie qui a ravagé les salles de Saint-Antoine en 1855 Oulmont semble admettre comme cause une épidémie d'angine couenneuse qui régnait alors autour de l'hôpital. Quelquefois ils ne trouvent pas d'étiologie, mais nous savons actuellement combien le Lœffler peut vivre longtemps dans la gorge d'enfants sains et acquérir tout à coup une grande virulence, par débilitation momentanée de l'organisme ou par association avec un autre micro-organisme.

Ces vingt dernières années ont été marquées par de grosses acquisitions. Pour la fièvre typhoïde : la balnéation froide, le séro-diagnostic, la séro-thérapie, et l'alimentation lactée qui permet aux malades d'arriver en meilleur état à l'époque de la convalescence. Pour la diphtérie : la découverte du bacille de Loeffler, et la mise en pratique d'une méthode curative merveilleuse. D'autre part la séparation dans les hôpitaux des diverses maladies contagieuses et leur isolement dans les pavillons séparés rendront moins faciles des épidémies comme celle de Saint-Antoine.

Si malgré toutes ces découvertes, le pronostic reste encore très grave, c'est que le diagnostic de l'infection diphtérique tout à son début est bien difficile, et par conséquent aussi l'application d'une thérapeutique qui est d'autant plus efficace qu'elle est appliquée de meilleure heure, chez un sujet sain, et à plus forte raison chez un sujet dont la résistance est déjà considérablement amoindrie.

J'ai découvert pendant mes recherches un certain nombre d'observations étiquetées diphtérie évoluant chez des typhiques. Mais sous ce nom les anciens cliniciens groupaient toutes les angines à fausses-membranes, ils ne possédaient pas l'examen microscopique pour faire le départ entre les diphtéries vraies, à bacille de Loeffler, les angines à streptocoques, à staphylocoques, à pneumocoques, etc. J'ai donc été obligé de me baser sur les signes cliniques

énumérés dans ces observations pour admettre les unes et rejeter les autres.

Pour les unes c'est leur apparition pendant une épidémie, ou bien le milieu dans lequel le sujet s'est contaminé, pour d'autres c'est la propagation des exsudats, leur marche vers le larynx, la trachée, la présence de l'albumine, la gravité de l'état général, l'état de la température qui m'ont servi de guide.

Mais dans bien des cas il semble que le bacille de Lœffler n'ait pas été seul, et que d'autres microbes se soient associés à lui, le streptocoque le plus souvent. La fétidité de l'haleine, la coloration des fausses-membranes, le cou proconculaire, l'élévation très marquée de la température, le facies pâle, plombé un jetage continu, l'état de la muqueuse tuméfiée, rouge, saignante quelquefois, sont des témoins souvent cités de son action.

Rien d'étonnant d'ailleurs à cela, le mode d'hospitalisation alors employé ne rendait-il pas facile la production de ces angines polymicrobiennes ?

Je rapporte ces observations, quelques-unes résumées, dans le chapitre suivant. Je regrette seulement d'avoir été obligé d'en laisser plusieurs de côté, n'ayant pu me procurer les revues ou ouvrages qui les contenaient. Je le regrette d'autant plus que quelques-unes d'entre elles datent de la période actuelle et que j'y aurais trouvé le résultat de l'examen microscopique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Louis, dans son livre sur la fièvre typhoïde, cite trois observations de complication diphtérique terminée par la mort.

OBSERVATION I

(Résumée, tome I, page 209).

X..., 23 ans, entre à la Charité le 12 août 1823, pour une fièvre typhoïde.

Dans la nuit du 17 au 18, douleurs de gorge, voile du palais rouge, déglutition difficile.

19 août. — Sur les amygdales et les côtés de la luette il y a une fausse-membrane luisante qui tapisse aussi le pharynx.

Le 20 août. — La fausse-membrane est plus opaque, voix altérée.

Le 21 août. — La fausse-membrane enveloppe toute la luette et s'étend un peu au-devant.

Le 23 août. — Voix croupale, déglutition impossible, parole très gênée, la fausse-membrane s'est avancée un peu sur la voûte palatine. Aphonie complète le soir, à distance on entendait une sorte de tremblotement qui semblait avoir lieu dans la trachée-artère.

Le 24. — Veut se lever, se jeter sur son voisin et expire 1/4 d'heure après.

Autopsie. — Le pharynx, la luette, le voile du palais, l'épiglotte, le larynx, sont recouverts d'une fausse-membrane très adhérente en haut et de moins en moins à mesure qu'on descend. Muqueuse très rouge. Lésions habituelles de la fièvre continue.

OBSERVATION II

(Résumée, tome I, page 52).

X..., 25 ans, entre le 16 juillet 1896 à la Charité. Malade depuis 20 jours.

Etonnement, stupeur, céphalalgie, langue sèche, rude, anorexie, ventre légèrement météorisé, taches rosées. Quatre selles dans la journée. Pouls à 104, un peu redoublé. Chaleur élevée. Respiration fréquente, râle sec, sonore, quelquefois glapissant.

Le 18. — Délire la nuit, somnolence pendant la journée.

Le 22. — Bruit respiratoire mêlé d'un gros râle vibrant. Nausées et efforts de vomissements.

A l'heure de la visite le malade est agonisant, renversant la tête en arrière à chaque inspiration. Meurt à 7 heures du soir.

Autopsie. — On trouve une fausse-membrane mince qui recouvre le pharynx et le larynx au-dessous duquel elle s'arrête.

Lésions habituelles de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION III

(Résumée, tome II, page 109).

X..., 23 ans, malade depuis 8 jours, entre le 12 juin à la Charité, pour une fièvre typhoïde.

Fièvre, anorexie, soif vive, douleurs de ventre, diarrhée, délire.

Se plaint le 14 de sécheresse de gorge.

Le 16. — Quelques vomissements bilieux, avale avec peine, douleurs de gorge. Stupeur plus accentuée. Meurt le 20 à 3 heures de l'après-midi après être devenue violette à midi et n'avoir perdu connaissance qu'une demi-heure avant de mourir.

Autopsie. — Luette doublée de volume enveloppée dans une fausse-membrane épaisse.

Le voile du palais, le pharynx, les deux faces de l'épiglotte, le larynx et la trachée, sont tapissés de fausses-membranes peu épaisses.

Lésions ordinaires de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION IV

Jacques F..., 22 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 13 mars 1825, sur une gastro-entérite.

A son entrée : Chaleur modérée à la peau, décubitus dorsal, stupeur commençante, dévoiement, langue humide mais rouge sur les bords, respiration faisant entendre un râle sibilant assez faible.

Peu après les signes deviennent plus graves, la prostration augmente, la langue se sèche et s'encroûte ; enfin le râle de la poitrine se convertit, à la région dorsale, en un râle sous-crépitant très marqué. Le pouls acquiert une fréquence démesurée, il devient redoublé. La prostration augmente encore, stupidité complète, on pratique une saignée, on pose des sangsues à l'anus sans aucun résultat. Enfin pendant 15 jours le malade reste dans l'état que nous venons de décrire.

Le 3 avril. — Les trochanters et le sacrum étaient devenus le siège d'excoriations noirâtres qui rendaient le décubitus très douloureux.

Le 5 avril. — Au soir le malade se plaint tout à coup d'un mal de gorge violent, la partie supérieure du cou est gonflée, la déglutition paraît difficile, la voix rauque, la respiration pénible. La gorge laisse voir le voile du palais, la luette, les amygdales recouvertes de concrétions blanchâtres épaisses, et les parties environnantes gonflées, rouges, tendues.

Plus tard, à 8 heures du soir, on essaie de faire boire le

malade, mais la déglutition est tellement embarrassée qu'il y a menace de suffocation dès que le liquide pénètre dans l'arrière-gorge. Cependant le malheureux prolonge son existence jusqu'à 5 heures du matin, il expire sans convulsion, sans toux, avec tous les signes d'une asphyxie par défaut d'air.

Autopsie. — On remarquait à la fin de l'intestin grêle, près de la valvule iléo-cœcale une dizaine d'ulcérations sans tuméfaction ni rougeur, mais assez profondes pour mettre à découvert la séreuse.

Les bords du voile du palais, la face interne des amygdales, la base de la langue et le pharynx étaient couverts d'une fausse-membrane grisâtre, peu épaisse, se détachant facilement et laissant voir la muqueuse sous-jacente d'un violet foncé.

L'épiglotte était comme emboîtée par une fausse-membrane de même nature, peu épaisse, peu adhérente et séparée de la muqueuse par un liquide trouble. Depuis l'entrée de la glotte, jusqu'aux divisions bronchiques du premier, deuxième et troisième ordre nous avons également retrouvé quelques concrétions albumineuses, mais ne formant pas entre elles un tout continu.

Les deux poumons étaient fortement engorgés.

(Observation tirée de la thèse d'Horteloup, 1828.
« *Croup chez l'adulte* »).

OBSERVATION V

Journal des Sciences médico-chirurgicales, 1839, page 242.

Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans
l'enfance. Taupin.

« Je ne devrais peut-être pas parler ici d'un cas dans lequel un enfant guéri d'une fièvre typhoïde a été pris d'un croup membraneux auquel il a succombé. La diphtérie n'était nullement liée à la maladie première mais elle a eu ce funeste résultat qu'elle a détourné le médecin d'employer des moyens actifs qui chez un enfant robuste auraient pu entraver la marche de l'affection ».

Forget dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*, 1841, page 339 et suivantes, cite deux observations d'entérite folliculeuse, suivies l'une de diphtérie avec guérison, l'autre de croup avec autopsie.

OBSERVATION VI

W., 20 ans, étudiant en médecine, nous fait appeler le 8 avril pour une entérite folliculeuse évoluant déjà depuis cinq à six jours. Le 8 avril, face rouge, peau chaude et sèche. Pouls

fréquent, langue chargée d'un enduit épais, jaunâtre, gorge rouge, anorexie, abdomen sensible, gargouillement à droite dans la fosse iliaque. Urines rares, rouges, prostration. Cet état continue quelques jours.

Le 12 avril. — Le malade est sans voix, mâchoires serrées. A l'inspection de la gorge, elle est parsemée de points blanchâtres, séparés les uns des autres. Etat typhoïde est le même.

Le soir les grumeaux de la gorge se sont étendus en membrane, pellicules blanchâtres, uniformes, revêtant les parois de l'arrière-gorge, un peu des joues et de la base de la langue. Obstruction des narines due probablement à la propagation de la fausse-membrane. Respiration libre.

Le 13. — Les fausses-membranes se sont étendues, mais elles sont plus molles, le doigt introduit dans la gorge provoque le rejet de détritux membraneux probablement détachés par le doigt.

14. — Gorge à peu près nettoyée. [Le malade avale plus facilement et peut articuler quelques sons. Langue brune, poisseuse, subdélire, pouls 130.

15. — Les fausses-membranes ont disparu, le malade est mieux ; pouls à 112. Il va, à dater de ce jour en s'améliorant et le 28 il est en convalescence confirmée.

OBSERVATION VII

La deuxième observation concerne un homme de 17 ans, qui entre le 24 novembre 1837 à la clinique pour une entérite folliculeuse qui paraît avoir débuté le 16 novembre.

La maladie évolue jusqu'au 2 décembre, le malade présente

alors de la toux sèche et fréquente, la voix voilée, de l'oppression. Pouls à 120. Mais en même temps évolue un phlegmon du bras consécutif à une saignée.

L'état s'aggrave de plus en plus. Le 13 au soir, anxiété. Imminence d'asphyxie, soubresauts des tendons. Pouls filiforme, irrégulier. Face hippocratique, refroidissement des extrémités.

Mort le vingt-septième jour de la maladie. Les bronches, le larynx et la trachée, sont tapissés de fausses-membranes, de véritables productions croupales. Poumons engoués. Dans l'estomac quelques rougeurs arborisées et pointillées. Dans l'intestin grêle, au voisinage du cœcum, ulcérations assez nombreuses dont quelques-unes sont pâles, unies, manifestement en voie de réparation. Rate peu volumineuse, friable.

Epidémie de diphtérie chez des typhiques en 1855 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Oulmont,

Le premier fut pris au quinzième jour.

Le deuxième fut pris au seizième jour.

Les troisième et quatrième furent pris au vingt-deuxième jour.

Le cinquième fut pris au vingt-sixième jour.

Le sixième fut pris alors qu'il était en convalescence depuis 15 jours.

Les deux premiers sont morts avec des signes de croup et après trachéotomie.

Les trois suivants n'eurent que de l'angine, les fausses-membranes ont semblé disparaître de la luette, des amygdales, du pharynx, et cependant, sans suffocation, ni menace d'asphyxie, ces malades se sont affaiblis rapidement, l'assoupissement et le délire augmentaient et la mort ne tardait pas à arriver.

Dans le sixième cas, le seul qui ait guéri, les fausses-membranes se sont détachées, mais avec une extrême lenteur. Pendant plusieurs semaines la gorge fut rouge et il y eut des plaques couenneuses, et la maladie ne guérit complètement qu'un mois environ après son début.

La mort a été très rapide dans tous les cas. Quatre fois elle est survenue après deux jours d'angine. Une fois après quatre jours de maladie.

Les observations des deux malades morts après signes de croup et trachéotomie sont relatées dans la *Revue médico-chirurgicale*, année 1855, numéro de juillet. Les voici résumées :

OBSERVATION VIII

A. V..., 20 ans, entre le 28 février, pour une fièvre typhoïde datant de neuf jours.

4 mars. — Douleurs de gorge. Gêne de la déglutition. Fausses-membranes tapissant la luette, le pharynx et les amygdales.

5 mars. — Même état, anxiété, dyspnée assez vive. Dans la soirée toux croupale, la face bleuit, trachéotomie. Le malade meurt aussitôt après.

Autopsie. — La partie postérieure du voile du palais, les piliers, le larynx, sont tapissés de fausses-membranes. Au-dessous de la corde vocale droite on voit un large lambeau pseudo-membraneux descendre jusqu'au cinquième anneau de la trachée. Muqueuse rouge, piquetée. Pas de fausses-membranes dans les bronches. Lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde

OBSERVATION IX

P. C..., 25 ans, entré le 5 mars au quinzième jour d'une fièvre typhoïde grave ataxo-adynamique.

13 mars. — Fausses-membranes grisâtres, molles, sur la luette et les piliers.

14 mars. — Toute la gorge est tapissée. Dyspnée extrême, suffocations, signes de croup.

Trachéotomie qui ne paraît pas soulager le malade. Le 15 au matin à la visite on trouve celui-ci presque asphyxié. Mort à 11 heures du matin.

Autopsie. — La luette, les piliers, le pharynx, le larynx, la trachée et les bronches sont tapissés de fausses-membranes, mais dans ces deux dernières parties les fausses-membranes ne sont pas continues. Muqueuse très rouge. Lésions habituelles de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION X

Thèse Dubron, Paris 1874.

Rose Charles, 11 ans, salle Saint-Louis, entrée le 20 octobre 1873.

L'enfant est à cette date au quatrième jour d'une fièvre typhoïde grave, adynamique.

L'affection suit son cours jusqu'au 10 novembre. On constate

alors des signes nouveaux du côté de la bouche et de la gorge. Langue plus humide, angine pultacée, enduit blanchâtre recouvrant l'arrière-gorge.

Le 11 novembre. — Muguet, tout le fond de la bouche est recouvert d'un enduit, mat, foliacé. Pouls : 120. Température 40°.

Le 15. — Toux rauque, mais bien sonore, voix sonore.

Le 16. — La respiration habituellement silencieuse prend un timbre laryngé par instants.

Le 17. — L'enduit de la gorge a disparu, toux rauque, très enrouée, par moments comme métallique. Pouls : 144. Température : 39° 4.

Mort sans accès de suffocation.

Autopsie. — Poumons : Hyperhémie lobulaire disséminée, sans broncho-pneumonie, à la coupe, marbrures congestives.

Cœur. — Sain.

Foie. — Graisseux.

Rate. — Un peu molle, grosse, mais non diffuente.

Reins. — Gros. Mélange de congestion et d'état graisseux.

Intestins. — Plaques saillantes dans la dernière partie de l'iléon, congestionnées, rouge vif, aspect velouté, sans ulcérations. Plus haut se trouvent trois ou quatre follicules isolés, saillants, rouges, ulcérés au centre, sans matière typhique.

Larynx. — Enduit pseudo-membraneux très adhérent, assez épais, dans l'angle du cartilage thyroïde, formant une membrane d'apparence plus pultacée, moins cohérente que les fausses-membranes diphtériques, grises, inégales, couvrant toute la face interne du thyroïde, comblant le ventricule, et effaçant la saillie des cordes vocales à droite et à gauche.

OBSERVATION XI

(Thèse Dubron, Paris, 1874).

A... Antoinette, âgée de 7 ans, entrée le 1^{er} août 1873 dans le service de M. Bouchut.

Malade depuis quinze jours, se plaignait de la tête, diarrhée, épistaxis. Actuellement langue blanche, avec pointillé rouge sur les bords. Peau très moite au cou et à la face. Douleurs de tête. Ventre ballonné, pas de gargouillement, ni de taches.

6 août. — Un peu d'appétit, pas de malaise, ni diarrhée, ni céphalalgie.

9 août. — Trois selles diarrhéiques, mange un peu.

11 août. — La diarrhée a cessé.

12 août. — Après de la toux voilée constatée pendant la nuit, on trouve les amygdales tapissées de fausses-membranes blanc-jaunâtre, lisses, de même que les côtés de la luette. Voix éteinte, toux rauque, sans dyspnée, moins d'appétit.

Température le matin 38°, le soir 39°4. On administre un vomitif. A la suite, l'enfant se trouve mieux, voix moins éteinte, toux manifestement moins rauque, l'état de la gorge s'est un peu amélioré, les fausses-membranes se détachent un peu en haut des amygdales.

Le 13. — Nuit mauvaise. Temp. du matin, 38°2. Tirage, toux rauque, un peu grasse, voix éteinte. Cependant les fausses-membranes semblent moins résistantes, le soir la température est 38°8. L'enfant a eu des selles diarrhéiques toute la jour-

née. La respiration à 1 heure de l'après-midi devient pénible, dyspnée considérable. Il n'y a pas de suffocation, mais des exacerbations de cette dyspnée, pendant lesquelles l'enfant s'agite et s'assied sur son lit. Toux rauque, sèche, voix absolument éteinte. Douleur au-devant du cou. On n'entend plus la respiration dans le poulmon droit, il y a une dépression à la base de la poitrine et au creux sus-claviculaire et sus-sternal. Pas d'anesthésie.

Vers 5 heures et demie, suffocation assez forte, commencement d'anesthésie. L'opération ne paraît pas indiquée à ce moment. L'enfant s'affaisse de plus en plus, pâlit, la respiration cependant est plus facile avec moins de sifflement, elle est aussi plus régulière.

A 9 heures, même état. Connaissance parfaite, somnolence, inspiration et expiration sifflantes, prolongées, presque plus de tirage, ni de dépression sus-sternale. Pâleur cadavérique, anesthésie complète, râle guttural. L'enfant est emmenée par ses parents le 14 au matin, dans le même état que la veille au soir.

OBSERVATION XII

Thèse Dubron, Paris 1874.

L... Julie, entrée à l'hôpital des Enfants le 3 septembre 1873, dans le service de M. Bouchut, 8 ans.

Malade sérieusement depuis 4 jours. Epistaxis, diarrhée et les différents signes d'une fièvre typhoïde légère.

8 septembre. — Température 40°5. Angine légère depuis

aujourd'hui, ganglions assez tuméfiés, amygdales gonflées, douleur de la gorge, surtout à gauche.

9 septembre. — Exacerbation fébrile le soir depuis 2 jours.

10 septembre. — Douleur et engorgement ganglionnaire assez considérable surtout à gauche, déglutition difficile, apparition de fausses-membranes sur toute la face interne des amygdales. Pas de jetage nasal. Pas de fétidité. Voix claire.

11 septembre. — T. 40°. Les fausses-membranes se sont étendues à la luette, la couche pseudo-membraneuse a un peu entouré la partie moyenne des piliers antérieurs gauches et laisse apercevoir une petite étendue de la muqueuse. Augmentation notable de l'engorgement ganglionnaire, difficulté plus grande qu'hier pour ouvrir la bouche et remuer le cou. Pas de vomissements, pas de diarrhée, appétit nul. Un peu de jetage nasal, pas de fétidité de l'haleine. Voix enrouée, mais cependant assez sonore, pas de toux.

12 septembre. — Une petite quantité d'albumine dans l'urine, abattement très marqué, gonflement plus considérable. Respiration bruyante, gutturale et un peu laryngée.

Cependant pas de tirage, l'air pénètre dans les poumons. Râles sibilants assez nombreux dans les deux côtés de la poitrine, voix fortement gênée par l'angine, mais cependant encore claire. La face antérieure du pilier gauche, le pilier droit et la luette tout entière sont couverts de fausses-membranes qui paraissent se détacher un peu en haut, au-dessus de la base de la luette. Inspiration bruyante, gutturale, expiration un peu laryngée et parfois gutturale et bruyante comme l'inspiration. Pas d'anesthésie.

13 septembre. — Mort à 8 heures du matin. A 8 heures 1/2 il y a déjà des marbrures d'un violet pâle à la face interne des

coudes et aux aines. Pas d'ecchymose. Urine de la nuit est extrêmement albumineuse.

Autopsie. — On trouve à l'examen du tube digestif les ulcérations des plaques de Peyer en voie de réparation.

Les amygdales sont tuméfiées, indurées, couvertes de fausses-membranes épaisses. Toute la face interne du pharynx est couverte de fausses-membranes en partie détachées. L'orifice du larynx est réduit à une fente longitudinale par suite de la présence de fausses-membranes épaisses sur l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques et les cartilages aryénoïdes.

Il est étonnant qu'il n'y ait pas eu des signes d'asphyxie intense avec de pareilles lésions.

Ces fausses-membranes se continuent dans le larynx où elles sont très épaisses et très adhérentes. Dans la trachée, couche pseudo-membraneuse, se continuant dans la bronche droite et ses principales divisions, dans la bronche gauche rien.

Poumons congestionnés, pneumonie lobulaire au premier degré dans tout le lobe moyen et dans quelques lobules de la base du lobe inférieur du poumon droit.

Cœur sain. Foie fortement congestionné. Sang noir, fluide à la coupe. Rate de volume normal. Reins volumineux, teinte violacée, issue de sang noirâtre en grande quantité à la coupe, tissu très ferme.

OBSERVATION XIII

Observation extraite de l'*Union médicale*, 3^e série, année 1877.

LIBERMANN, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

H... Edouard, entre à l'hôpital le 5 octobre 1875 pour une fièvre continue, datant de cinq jours, 39°6 le matin, 40°8 le soir.

Le 12. — Toux voilée. Au laryngoscope congestion très vive de tout le larynx ; mal de gorge assez violent.

Le 13. — Respiration devient difficile. On découvre des fausses-membranes sur la luette et les piliers du voile du palais.

Le 14. — La dyspnée augmente. Vomitif. Asphyxie devient imminente dans l'après-midi. Trachéotomie. La respiration semble un moment reprendre, mais s'embarrasse de nouveau dans la soirée et le malade meurt asphyxié.

Autopsie. — Fausses-membranes dans le larynx, la trachée, la bronche gauche et ses ramifications. Lésions intestinales de la fièvre typhoïde à la fin du deuxième septénaire.

OBSERVATION XIV

Thèse Paris 1878. Bouchard, page 80.

S..., Marie 12 ans 1/2, entrée le 16 janvier pour une fièvre typhoïde datant de quelques jours.

Température élevée. Délire, épistaxis. Râles sibilants. Ventre ballonné.

Le 27 janvier. — Toux rauque, inspiration légèrement bruyante comme dans le croup au début.

Les creux sus-sternal et sus-claviculaire se dépriment. Pharynx rouge, amygdales tuméfiées, il y a une petite plaque diphtérique sur le bord droit de la luette.

20 janvier. — Signes de croup très accentués, tirage considérable. Trachéotomie ; après l'opération, elle rend une longue fausse-membrane tubulée venant de la trachée. L'enfant n'essaye pas de cracher, face encore cyanosée, la respiration paraissant cependant plus libre.

29 janvier. — Asphyxie. Mort à 11 heures du matin.

On ne put faire l'autopsie.

OBSERVATION XV

Observation tirée de la thèse de Bouchard. Paris 1878.

Garçon de 2 ans, était au trentième jour de sa maladie et entrait en convalescence quand la température monta à 39°7. Toux légèrement rauque, face bouffie, plombée, les narines

laissaient écouler un liquide séreux, jaunâtre, d'odeur infecte. Tout le pharynx était tapissé de fausses-membranes dyphtéritiques.

Le lendemain l'enfant succomba à cette dyphtérie maligne.

OBSERVATION XVI

R..., 21 ans, soldat au 6^e escadron du train, entre le 24 décembre 1879 pour une fièvre typhoïde adynamique,

Le 31 décembre. — Se plaint d'une légère douleur à la gorge. Plaques grisâtres sur le pilier antérieur gauche. Température : 40°.

Les jours suivants la voix devient voilée et éteinte jusqu'au moment de la mort qui survient le 6 janvier au milieu de symptômes asphyxiques.

Autopsie. — Plaques de Peyer les unes fortement congestionnées, les autres remplies de matière typhique, d'autres enfin ulcérées. Il en est où la séreuse péritonéale est à nu.

De l'épiglotte à la trachée une fausse-membrane recouvre toute la muqueuse, assez adhérente et se détache par grands lambeaux.

Muqueuse très congestionnée. La fausse-membrane s'arrêtait exactement à la bifurcation des bronches.

(Blaising. Thèse Nancy, 1880).

OBSERVATION XVII

Fièvre typhoïde adynamique. Plaques diphtéritiques sur les piliers postérieurs et sur l'épiglotte. Mort par suite d'hémorrhagies intestinales.

Thèse Blaising. Nancy, 1880.

R... Etienne, 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Charles de Nancy le 16 janvier 1880 pour une fièvre typhoïde confirmée.

Le 24. — Il se plaint de la gorge et on trouve une plaque diphtéritique de la grosseur d'une fève sur le pilier antérieur gauche.

Le 26. — Le malade est pris pendant la nuit d'une hémorrhagie intestinale abondante à laquelle il ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — On trouve la face antérieure de l'épiglotte, les piliers postérieurs, les replis épiglottiques recouverts de fausses-membranes.

La diphtérie dans ce cas n'a pas eu le temps de produire, soit l'asphyxie croupale, soit l'intoxication habituelle, le malade ayant été emporté brusquement par son hémorrhagie.

OBSERVATION XVIII

S... Julie, 21 ans, domestique, entre le 3 février 1880 pour une fièvre typhoïde; elle n'habite Nancy que depuis trois mois.

La maladie aurait débuté il y a 11 jours.

Les 4-5 février. — On découvrit quelques plaques blanchâtres sur le voile du palais. Sécheresse de la gorge. Déglutition difficile. Pas d'oppression.

Les 8-9 février. — Les plaques ont disparu, il ne reste plus que quelques points blancs. Température toujours élevée. Adynamie.

12. — La malade avale plus facilement. Il existe encore quelques points blancs.

17. — La gorge s'est améliorée, il n'y a plus de point blancs.

20 février. — Taches rosées existent encore. Trois selles langue humide, avale bien. Rechute de fièvre typhoïde entre le 6 mars et le 15 mars.

2 avril. — Convalescence complète.

(Observation résumée et tirée de la thèse de Blaising-Laurant. Nancy, 1880).

OBSERVATION XIX

British medical Journal, 1881, tome II, page 161. Roberts.

E. T..., 16 ans, entre le 25 novembre 1880 à University college hospital pour une fièvre typhoïde confirmée évoluant depuis 14 jours. Température 104°4. Pouls : 120. Respiration : 30.

Le 1^{er} décembre. — Sécheresse de gorge, les amygdales et le fond du pharynx sont tuméfiés et rouges. Pas de fausses-membranes. Dans la soirée violent accès de suffocation. Respiration 42 ; Fumigations. La situation s'améliore un peu.

Le 2 décembre. — Au soir nouvel accès de suffocation. Trachéotomie. Amélioration. Toujours rien dans la gorge. A 11 heures du soir la dyspnée recommence, Pouls 142. Respiration 42.

Le 3 décembre. — Le malade empire rapidement et meurt.

Autopsie. — Le pharynx, les amygdales, l'orifice des trompes d'Eustache sont très rouges, il y avait quelques plaquettes blanches sur ces régions, la plus grande était sur l'amygdale droite. Le larynx et la trachée sont trouvés couverts d'une matière sanieuse. On l'enleva avec un courant d'eau et au-dessous on trouva une fausse-membrane adhérente qui couvrait le larynx, la trachée. L'épiglotte et les fausses-cordes vocales étaient quelque peu œdématiées, mais sans fausses-membranes. La fausse-membrane se continue en bas, plus mince dans les deux divisions de la trachée. Dans la bronche droite on ne peut pas la suivre loin.

Les lésions de la fièvre typhoïde furent trouvées telles qu'à l'habitude.

OBSERVATION XX (Résumée).

Lejard, interne des hôpitaux. *France médicale*, 1881, tome I, page 683.

L... C..., interne en pharmacie, 23 ans.

Le 20 janvier. — Début d'une fièvre typhoïde.

Le 30. — Sécheresse de la gorge ressentie déjà depuis la veille.

Le 1^{er} février. — Les piliers antérieurs sont recouverts de plaquettes blanchâtres, la luette est entourée en doigt de gant. Il y a d'autres taches blanchâtres sur les amygdales, les piliers postérieurs, le pharynx. Pas de gonflement ganglionnaire, ni œdème du cou.

Pas de gêne de la respiration, dysphagie.

Le 2. — Un peu de coryza couenneux. Taches rosées, gargouillement. Douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 3. — Les membranes enlevées reparaissent 3 ou 4 heures après. Urines très albumineuses.

4-5 février. — Fièvre adynamique marquée, teint livide.

6. — Les fausses-membranes ont disparu en laissant une muqueuse rouge, luisante ; adynamie, taches rosées.

14 février. — Phlébite du membre inférieur droit.

17 février. — Le malade se lève.

5 avril. — Part en convalescence.

Résumé. — Compliquée au quatrième ou cinquième jour

d'une diphtérie. Les fausses-membranes persistent du quatrième au douzième jour.

On a fait avaler à un jeune coq des produits cultivés et il a eu l'arrière-gorge tapissée de fausses-membranes.

OBSERVATION XXI (Résumée).

Boston medical and Surgical Journal, 1882. CVI, page 435.

Cushing.

X..., 18 ans, est vu pour la première fois le 2 février.

Le 9 février. — On porte le diagnostic ferme de fièvre typhoïde. La malade se plaint d'avoir le palais douloureux. On n'y voit rien de particulier.

Le 10. — Même plainte. Rien à l'examen.

Le 12. — Respiration ronflante, laborieuse. Voyant la suffocation approcher, un doigt est introduit. On sent l'épiglotte gonflée, mais dure.

Rien sur les amygdales ou le pharynx. Une décharge profuse de muco-pus suivit cette opération. A midi, la trachéotomie fut encore reculée car la respiration semblait suffisante pour soutenir la vie. La mort vint très doucement le 12 février à 9 h. 30 du soir et le 15 février la sœur aînée de la défunte vint à moi avec les deux amygdales couvertes de fausses-membranes.

Autopsie. — On y trouve des preuves irrécusables de fièvre typhoïde.

On ne fut pas peu surpris de trouver une fausse-membrane très nette couvrant toute la muqueuse du larynx et de la trachée

et allant jusqu'aux bronches secondaires. Muqueuse non ulcérée.

Aucun signe de périchondrite, ni d'abcès, ni de nécrose du larynx.

OBSERVATION XXII

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier,
1883. Juin. Carrieu.

B..., 13 ans, soigné depuis le 6 février pour une fièvre typhoïde qui se confirme par la suite.

Le 9. — Plaque diphthérique (grosseur d'un haricot) sur le pilier droit du voile ; 40°2.

Le 10. — La plaque s'accroît. Luette enveloppée en doigt de gant.

Le 13. — La diphtérie a gagné le pharynx et une partie de la muqueuse des joues, déglutition difficile, 40°. Pouls : 86.

Les 15 et 16 la gorge se nettoie, les symptômes semblent s'améliorer, mais la température monte. Il survient une hémorrhagie intestinale qui amène du collapsus. Nouvelles hémorrhagies. Respiration s'embarrasse. Pouls se précipite. Mort, après plus de trois semaines de maladie.

OBSERVATION XXIII

British medical Journal, 1883, tome II, page 67. Paget.

Mme X..., 26 ans, a eu avant le début de sa maladie, trois enfants atteints de maux de gorge avec fausses-membranes. L'un d'eux est mort de croup.

Le 7 décembre. — Elle se couche avec mal de gorge, et quelques exsudats qui disparaissent en quelques jours.

Le 14. — Il n'y a plus rien dans la gorge, mais elle est en pleine évolution de fièvre typhoïde bien confirmée.

Le 20 décembre. — Gorge douloureuse, le soir le voile du palais et la luette sont couverts de fausses-membranes avec les parties adjacentes très rouges. Cette exsudation s'étendit, et eut un caractère diphtéritique jusqu'au 4 janvier où elle disparut tout à fait après avoir commencé à diminuer, le 2 janvier, urines albumineuses.

Le 20 janvier. — Etant au huitième mois de sa grossesse, elle perd les eaux, délire pendant 12 heures et avorte. Son enfant vécut 1/2 journée. Guérison consécutive.

OBSERVATION XXIII (*bis*).

Hénoch dans ses cliniques (1885) cite un cas de mort par croup diphtérique survenu pendant la convalescence,

Enfant de trois ans. Guérison après une fièvre typhoïde bénigne de huit ou dix jours de durée. Trois semaines après croup diphtérique. Mort.

Autopsie. — Plaques de Peyer et ganglions mésentériques tuméfiés surtout au cordon iléo-cœcal.

Il ne donne pas le résultat de l'examen pour le larynx.

OBSERVATION XXIV

Pester Medicinische Chirurgische Presse, 1891.

Sigmund Gerloczy, page 852.

Garçon de 14 ans, entre le 15 décembre avec fièvre, amygdales grosses, et infiltration de la région sous-maxillaire. T. du soir 39°4. Albuminurie légère.

Pendant quatre jours, à peu près le même état, sauf que son affection prend la tournure d'une fièvre typhoïde. (Taches, courbe de la température, rate grosse).

Le 20. — On constate des fausses-membranes sur la luette et une partie des amygdales. Ces exsudats augmentent en même temps que la fièvre typhoïde continue à évoluer. (Diarrhée, bronchite, taches).

Le 22. — Apparaissent des signes de croup. Prostration considérable, dyspnée.

Mort le 23 décembre.

Autopsie. — On trouve les lésions de la fièvre typhoïde plus une pharyngite, laryngite-trachéite et bronchite à fausses-membranes.

OBSERVATION XXV

Lancet. London, 1892, page 746. Dr Howard Tooth.

Enfant de 5 ans, entre le 21 décembre pour une fièvre typhoïde qui évolue jusqu'au 5 janvier avec tous les signes cli-

niques habituels (Diarrhée jaune, taches, grosse rate, pouls légèrement dicrote, bronchite).

Le 5. — Toux laryngée et aphonie.

Le 7. — Dyspnée, tirage léger, la cyanose apparaît, vomitif ne produit pas de soulagement. Coloration pâle, cireuse. Très peu d'air entre dans les poumons. A 7 h. 45, trachéotomie sans rejet de fausse-membrane. Les symptômes se calment de suite. Il n'y a jamais eu jusqu'ici de fausses-membranes dans la gorge.

Le 8. — Respire facilement. On nourrit l'enfant par le tube nasal.

Le 9. — Toux dans la nuit. Les ganglions du cou sont très hypertrophiés. Urines albumineuses.

Le 10. — Attaque de dyspnée. Plusieurs membranes de petite dimension sont expectorées par la toux. Pouls 160, température 104, respiration 68.

Le 11 janvier. — On enlève la canule à 10 h. 45. L'enfant respire par le larynx ; mais pas complètement. Collapsus qui disparaît peu après, réapparaît dans la nuit et amène la mort à minuit.

Autopsie. — On trouve le larynx et la trachée tapissés de fausses-membranes. Les lésions de la fièvre typhoïde sont celles trouvées habituellement. Les ganglions mésentériques sont gros, spécialement ceux du mésentère qui va au cœcum. Rate doublée de volume. Le poumon droit présente de la broncho-pneumonie, le gauche est quelque peu congestionné.

OBSERVATION XXVI

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.

M. Catrin, médecin du Val-de-Grâce, 1893.

J..., 21 ans, entre le 1^{er} mars avec le diagnostic de fièvre continue.

Les 9, 10 et 11 mars, la température descend, les signes typhiques s'amendent et le malade, semble-t-il, va entrer en convalescence.

Les 12 et 13 mars, le thermomètre reste stationnaire. Le 14 il atteint 40. Rien ne permet d'expliquer cette montée, le malade ne se plaint pas et n'accuse qu'un peu de gêne à la déglutition, quand on l'interroge à ce sujet. Amygdales un peu rouges, modérément grosses, à droite il y a un petit ganglion sous-maxillaire.

Le 15. — Quelques petits points blanchâtres sous les deux amygdales. On pense à une angine pultacée puisqu'il y a auprès de J..., un malade en convalescence d'une angine pultacée légère. Vomissements dans la soirée : 40° 4.

Le 16. — La gorge est dans le même état le matin. Dans la journée, la voix s'enroue, le petit ganglion a augmenté. Dans la soirée le malade a deux accès d'oppression, avec face cyanosée, voix rauque, et véritable cornage.

La bouche à ce moment est complètement envahie par les fausses membranes qui tapissent le voile, les piliers, la luette qui est encapuchonnée. Ces fausses-membranes sont épaisses, grisâtres, la muqueuse sous elle est un peu saignante. Le nez lui-

même est envahi par les fausses-membranes. Il est fait un examen des membranes agglutinées rendues par le malade à la fin de ses accès, on y trouve un si grand nombre de bacilles de Lœffler qu'on pouvait songer en les regardant à une culture pure.

Nouvelles crises nombreuses qui ne disparaissent que par des injections d'éther et de caféine. La question de la trachéotomie est agitée, mais le Dr Moty, consulté croit à son inutilité, car entre les accès la respiration est assez facile. A 10 h. 1/2 nouvelle crise. A midi le malade est assez bien pour lire une lettre qu'il vient de recevoir. A 1 heure accès qui emporte le malade (le 17 mars).

Autopsie. — Néomembranes se continuant jusque dans les plus fines divisions bronchiques, larynx tapissé de fausses-membranes. Lésions classiques de la fièvre typhoïde. Rate grosse. Ganglions mésentériques augmentés de volume.

OBSERVATION XXVII

Lancet. London 1894. By. William Gayton.

Garçon de 8 ans, admis à The Northern Fever Hospital le 7 février 1894, pour une fièvre typhoïde qui évolue normalement (température élevée, taches, langue sèche et fissurée, bronchite).

Le 20 février. — Toux laryngée.

Le 21 février. — Respiration difficile. Commencement de tirage, les 23 et 24 avec dépression des côtes les plus inférieures. Amygdales rouges, mais sans fausses-membranes.

Le 24. — Trachéotomie avec soulagement immédiat. Traces d'albumine.

Le 25. — Quelques exsudats furent rejetés et le 26, une grande fausse-membrane tubulée fut rejetée avec un pus très fétide. Les deux jours suivants, même rejet de pus avec des fausses-membranes plus petites. La plaie suppure.

Le 1^{er} mars. — La plaie se nettoie un peu. La trachée paraît avoir sa coloration habituelle et on enlève la canule pour six heures. Baisse de température.

Le 2. — La canule est enlevée définitivement. Pas d'albumine, l'amélioration s'accroît pendant la semaine qui suit.

Le 20 avril. — L'enfant quitte l'hôpital pour faire sa convalescence au bord de la mer.

OBSERVATION XXVIII

(*The archives of Pediatrics, New-York*), 1902.

Rosenthal. — Obs. Résumée.

Au vingt-huitième jour de la maladie (fièvre typhoïde bien confirmée), difficulté à avaler. Petits exsudats sur les amygdales, le palais et aussi sur la langue.

Examen bactériologique. — Bacille spécifique de la diphtérie.

Le soir et la nuit la toux change, prend un timbre croupal. 3000 unités antitoxiques.

La température reste à 100 pendant toute la durée de la complication.

La luette et les deux amygdales sont recouvertes de fausses-membranes, et une respiration gênée montre l'invasion du larynx.

Le trente-troisième jour, la fièvre commence à descendre et

le trente-huitième jour elle était devenue normale ; la première injection de sérum antidiphtérique avait été suivie de plusieurs autres.

Toute trace de diphtérie disparut le cinquantième jour tout en laissant une grande faiblesse.

Une pneumonie avait précédé cette diphtérie, une pleurésie purulente la suivit. Guérison.

OBSERVATION XXIX (Personnelle).

L..., âgée de 14 ans, entrée le 22 février 1903, salle Labric, hôpital Bretonneau.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père inconnu. Deux autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Enfant malade depuis 10 jours environ. Début par épistaxis, diarrhée, courbature, céphalalgie.

Pas de vomissements. Voix couverte et jambes enflées depuis longtemps. Elle a travaillé jusqu'au 21 février, mais le 22 elle se voit forcée d'entrer à l'hôpital.

A l'examen on trouve : Ventre souple, pas ballonné, palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. La rate est légèrement augmentée de volume.

On relève sur l'abdomen quelques taches rosées suspectes. Langue saburrale. Au cœur on entend un souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle, rude. Pouls à 104, régulier. Au poumon rien.

Le séro-diagnostic est positif. On commence la balnéation froide à 22° et les lavages intestinaux.

Le 25 février. — Sept selles jaunes très liquides.

Température 40°. Pouls 120, régulier, plein, fort. On ne peut obtenir l'urine que la malade perd avec ses matières.

La maladie évolue sans grand changement jusqu'au :

4 mars. — Exsudats membraneux sur la luette, les piliers, surtout le droit. Celui-ci est entamé, saigne et donne aux fausses-membranes une coloration noirâtre. Pas de fétidité de l'haleine.

Douleurs dans l'oreille droite. Toute la région cervicale latérale gauche est tuméfiée, non empâtée. On fait un ensemencement sur sérum et on injecte 20 cmc. de sérum de Roux.

Température 39°5 le matin et 40°5 le soir.

Dans la soirée on constate des exsudats noirâtres très étendus sur la luette, le fond du pharynx. Les ganglions cervicaux gauches sont très engorgés.

5 mars. — Gorge dans le même état. Le laboratoire a répondu pour la culture de la veille. Lœffler court, moyen et long. Streptocoque en grande abondance. Staphylocoque. 20 cmc de sérum de Roux.

Température : 38°6 le matin.

Dans l'après-midi l'engorgement ganglionnaire cède un peu.

7 mars. — Les exsudats sont moins épais, se détachent lentement ils occupent les piliers et le voile du palais. A gauche ils s'étendent jusqu'aux dernières molaires. Pouls fréquent, régulier, 124.

L'adénite qui siège à gauche, sous la mâchoire, au niveau du sterno-cléido-mastoïdien, semble plus dure et plus circonscrite. Albuminurie légère.

Le souffle de la pointe est plus difficile à percevoir... Le premier temps est à peine soufflant.

L'enfant se nourrit mal, à peine un litre de lait et a tendance à vomir.

Dans l'après-midi, pouls régulier : 134, otite gauche, température 40°4. On refait 20 cmc. de sérum de Roux.

8 mars. — Pouls fréquent, petit, mais régulier : 144. Léger tremblement des mains, abdomen souple, non douloureux. Une selle diarrhéique verte pendant la nuit.

La luette et les piliers, ainsi que la face postéro-interne du maxillaire inférieur gauche, sont recouverts d'exsudats grisâtres, luisants, paraissant assez adhérents. Albumine 0 gr. 30 par litre.

Dans l'après-midi, la malade a toussé un peu. On constate des râles sous-crépitanants aux deux bases du poumon. Pouls : 140. Température : 40°4.

9 mars. — Même état pulmonaire. Le ganglion cervical gauche est moins volumineux, moins dur et semble plus étalé. Langue sèche. La gorge est dans le même état. Le poignet droit est légèrement tuméfié, sans rougeur. Le toucher et les mouvements sont douloureux. Pouls : 160. Albumine en quantité notable. Urines peu abondantes. Pupilles dilatées. Six selles diarrhéiques ; 40.

Dans l'après-midi, le pouls est à 160. Epistaxis vers 1 heure. Il y a toujours à la base du poumon droit un foyer de râles sous-crépitanants. Les régions trochantériennes et du coude du côté droit présentent des érythèmes.

Refroidissement des extrémités. Température : 40°2.

10 mars. — Pouls mou, incomptable, intermittent. Soubresauts des tendons. La gorge se débarrasse un peu de ses fausses-

membranes. Elles nombreuses en diarrhée verte. Râles crépitants et sous-crépitanls disséminés dans les deux bases pulmonaires, sans souffle. Albumine 1 gramme 50 par litre. Etat général de plus en plus mauvais. Subdélire.

Dans l'après-midi le délire s'accroît, le pouls est à 164, irrégulier.

Mort le 11 mars 1 heure à 1/2 du matin.

Autopsie. — Poumons.

Poumon gauche. — Un peu d'emphysème à la partie antérieure. La surface du poumon présente sur son bord postérieur des signes de pneumonie hypostatique avec des marbrures et quelques petites ecchymoses, elle est ferme et résistante au doigt.

La coupe est sèche dans son lobe inférieur qui crépite cependant, le lobe supérieur laisse couler un peu de sérosité et d'œdème. Le parenchyme pulmonaire flotte.

Le poumon droit présente à peu près le même aspect, moins congestionné cependant.

A la coupe les lésions sont moins prononcées sur le bord postérieur. Il y a surtout de l'infiltration œdémateuse, un petit morceau flotte.

Dans le lobe supérieur, près de la scissure qui sépare le supérieur du moyen, on trouve un bloc ressemblant à un infarctus en voie de suppuration ou de gangrène (ou à un petit foyer de pneumonie en voie de suppuration; la coupe en est grise, grenue, et les bronches sont dilatées dans ce territoire. Il n'y a pas d'odeur spécialement fétide.

Trachée. — Beaucoup de muco-pus et de glaires purulentes, avec des débris membraneux. La surface en est rouge et congestionnée.

Larynx. — Teinte grisâtre dans la plus grande partie avec quelques débris de fausses-membranes.

Le repli aryéno-épiglottique droit semble sain ; le gauche présente une teinte noirâtre gangréneuse, il est évidemment sphacélé dans toute son épaisseur.

Du côté gauche, en arrière et en dehors du point de jonction des cordes vocales supérieures et inférieures, on trouve un orifice de la taille d'une petite lentille résultant d'une ulcération qui conduit dans une cavité de la dimension d'une demi-noisette, et au fond de laquelle sont les cartilages dénudés.

On retrouve des débris de fausses-membranes en dehors, sur les replis aryéno-épiglottiques et la face antérieure de l'épiglotte présente du côté droit une plaque de gangrène.

Intestins. — La muqueuse de rectum et de l'S iliaque présente par endroits un peu de congestion, elle devient même par places ecchymotique en approchant du cœcum. Le cœcum est à peu près normal.

L'intestin grêle, à son extrémité, présente une série d'ulcérations en voie de guérison ou guéries et dont quelques-unes ont une teinte ardoisée. Au-dessus on ne retrouve que de la congestion des plaques de Peyer. Les lésions dues à la fièvre typhoïde sont donc à peu près guéries et ne sont bien évidentes qu'à la terminaison de l'iléon.

Rien à l'appendice.

Estomac. — La face interne présente une large ecchymose, au niveau de la grosse tubérosité, elle est rouge vif et occupe l'épaisseur de la muqueuse.

Les ganglions mésentériques sont peu volumineux, légèrement congestionnés.

Rate. — C'est le type de la rate infectieuse : 300 grammes, molle, diffluente, sans trace d'hémorrhagie à la surface.

Capsules surrénales normales.

Reins évidemment atteints de néphrite parenchymateuse. Gonflement évident de la substance corticale. Se décortiquent bien.

Le foie a un aspect infectieux. P : 1560 grammes : à la coupe il est gras, les lobules sont très marqués.

Le cerveau est congestionné de même que le cervelet.

L'aorte présente au-dessus des valvules sigmoïdes quelques taches blanchâtres, graisseuses, de très petite taille. A part cela, il n'y a pas de congestion, la coloration est normale.

Cœur gros, flasque et mou.

L'endocarde est normal, il n'y a pas de lésions valvulaires.

Le myocarde présente une couleur feuille morte très accentuée. Il est évidemment dégénéré.

OBSERVATION XXX (Personnelle).

P..., Rose, 14 ans, entrée le 16 février 1903. Salle Labric, hôpital Bretonneau.

Parents bien portants, deux enfants vivants bien portants.

Enfant malade depuis huit à dix jours. Se plaignait surtout de douleurs de tête et de courbatures généralisées.

Depuis son entrée on a constaté : des vomissements, saignements de nez. De la diarrhée, anorexie complète, 39°7.

A l'examen la malade présente : un état général mauvais, subdélire.

Facies immobile, bouche entr'ouverte, lèvres fuligineuses, et état pulvérulent des narines. Stupeur.

Langue sèche, rouge sur les bords, sale et comme craquelée vers la partie médiane. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées sur l'abdomen. Rate grosse. N'a pas uriné depuis son entrée sauf, dans le bain. Le poumon et le cœur ne présentent rien de particulier. Le séro-diagnostic est positif. Température : 39°5

18 février. — Délire persiste. Pouls mou, régulier, petit : 120. Taches rosées.

19 février. — Enfant plus calme, langue humide, facies plus éveillé, ne délire plus.

20 février. — Le délire a repris. Deux selles avec lavements, liquides, abondantes, jaunes et fétides. Pouls à 116. Température à 39°2. L'enfant semble plus aplati que la veille.

21 février. — Douleurs vagues abdominales, ventre sensible à la palpation, pas ballonné. Facies grippé, pâle. Pouls : 110. Température : 39°8.

22 février. — Ventre moins douloureux. A dormi la nuit, facies meilleur.

23 février. — Langue bonne, humide, pouls assez plein, la malade se trouve en meilleur état.

3 mars. — Le mieux a persisté pendant quelques jours, aujourd'hui elle paraît fatiguée, abattue. Depuis la veille au soir s'est montré un érythème érysipélateux au niveau de la face dorsale du nez et des sillons naso-géniaux. Température : 38°6. Pouls 108. Dans l'après-midi l'érythème s'est étendu à la lèvre supérieure.

4 mars. — Malade abattue, la langue et les gencives sont fuligineuses. L'érythème est un peu moins étendu que la veille.

5 mars. — Voix un peu rauque. Gorge rouge quoique sans exsudat, ni tuméfaction des amygdales. Pourtant, à cause d'un cas de diphtérie survenu dans la salle, on fait à titre préventif une injection de 10 cmc. de sérum de Roux. Pouls : 141. Température : 38°2.

6 mars. — Nuit assez agitée. Pâleur des téguments, abatement plus prononcé. Quelques exsudats se sont montrés dans la gorge. Dès la veille au soir, on a ensemencé un tube de sérum qui donne comme résultat : Bacille diphtérique court et moyen : Pouls 114.

Dans l'après-midi la malade reçoit la visite de sa mère et est prise peu après d'angoisse, elle remue sans cesse et accuse un malaise général. Pouls 120. Température 37°8. L'abdomen, le poumon, le cœur, la gorge, ne présentent à ce moment rien de nouveau. La voix est rauque. Les urines très foncées ne contiennent pas d'albumine, mais des urates en grande quantité. La malade continue à être agitée, devient de plus en plus dyspnéique. La langue, les gencives sont fuligineuses et l'asphyxie emporte l'enfant à 10 heures du soir.

Autopsie faite le 8 mars.

Ouverture de l'abdomen. — Rien dans le péritoine. L'intestin grêle montre sur sa dernière portion 5 ou 6 ulcérations légèrement cratériformes dont les bords ont un aspect rosé et rappellent les ulcérations en voie de bourgeonnement. Sur les autres portions les plaques paraissent réparées. Dans le cœcum, à 6 centimètres au-dessus de l'appendice existe une large ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 40 sous, cratériforme, à bords taillés à pic, d'aspect noirâtre, et dont le fond a une coloration blanche. Il n'y a pas de péritonite dans le voisinage de cette ulcération.

Les ganglions mésentériques ne sont pas hypertrophiés.

Rate volumineuse, 210 grammes, pas diffluente.

Poumons sont congestionnés.

Le cœur est flasque. Le myocarde est décoloré, de coloration légèrement feuille morte. Dans le ventricule gauche existe un caillot fibrineux. Valvules normales.

Le larynx est rouge et recouvert d'un mucus assez abondant. Quelques taches laiteuses sur la face postérieure de l'épiglotte se détachent sous la forme de fausses-membranes fibrineuses fines.

Foie rose pâle, se laisse facilement entamer par le doigt.

Reins congestionnés.

Le cerveau ne présente rien de particulier.

OBSERVATION XXXI (Personnelle).

D... Georges, 14 ans, entre le 15 décembre 1903, salle Barthez, hôpital Bretonneau.

L'enfant entre à cette date pour un rhumatisme articulaire aigu franc. Traitement par le salicylate de soude. Aux poumons rien. Au cœur très léger souffle à la pointe et au premier temps, plus facile à entendre pendant les pauses respiratoires. Rien dans l'aine.

Après quelques jours d'apyrexie complète la température remonte graduellement pour arriver le 29 décembre à 40°. On ne constate qu'une gorge rouge avec quelques traînées blanches à droite.

Résultat bactériologique. — Pneumocoques. Le souffle de la pointe est devenu très net.

Les 29, 30 et 31. — La température oscille aux environs de 40°. L'enfant revient à la salle Barthez après avoir été envoyé trois jours aux douteux pour son angine.

1^{er} janvier. — Maux de tête. Agitation : lever veut se du lit, délire. Seulement un peu de diarrhée. Traces d'albumine dans l'urine. Bains froids à 22°. Le délire cesse et le malade devient plus calme dans son lit.

2 janvier. — Plus affaibli. Somnolent, langue blanche, un peu rouge à la pointe, ventre souple, pas douloureux, pas de gargouillement. Rate non perceptible. Température 39°. Pouls 100. On prend un peu de sang pour faire le séro-diagnostic.

3 janvier. — Diarrhée très abondante, jaune. Hémorrhagie intestinale peu abondante. Le cœur ne présente plus son souffle de la pointe. Température 38° 6. Pouls 115. Le séro-diagnostic est positif.

4 janvier. — Le malade se trouve mieux. Rate bien perceptible. Les taches rosées ont apparu en grande quantité sur l'abdomen et le thorax.

La fièvre typhoïde continue son évolution seulement troublée par une nouvelle hémorrhagie intestinale peu abondante et un abcès phlegmoneux de la région fessière gauche.

Le 4 février. — Ascension de température 38° 8. Gorge rouge avec quelques exsudats blanchâtres. On fait un ensemencement sur sérum : Résultat : Loeffler moyen : 10 centimètres cubes de sérum de Roux. Badigeonnages de la gorge.

Après quelques jours l'état est de nouveau satisfaisant et l'enfant quitte le service guéri.

CHAPITRE III

Je diviserai ce chapitre en plusieurs articles dans lesquels je traiterai successivement de l'étiologie, de la symptomatologie, avec quelques mots pour dire l'influence qu'ont l'une sur l'autre les deux maladies, du diagnostic, du pronostic, du traitement, et je terminerai par quelques mots de statistique.

Etiologie. — Depuis la réforme que les connaissances microbiologiques ont apportée dans les choses de la médecine, on sait que toute maladie infectieuse procède d'une autre de même nature ayant existé antérieurement, et Sanné dit en parlant des maladies telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, qui semblent avoir une affinité spéciale pour la diphtérie, qu'elles ne l'engendrent pas au sens vrai du mot, mais qu'elles lui ouvrent un large accès ; elles dépriment l'organisme et le rendent apte à contracter toute maladie contagieuse, celle qui règne pour le moment. Ces lignes écrites en 1877 sont restées vraies dans toute l'acception du mot.

Aussil'étiologie ne m'arrêtera pas longtemps. Dans maintes de mes observations, les auteurs trouvent comme cause un cas de diphtérie soignée dans la salle

en même temps, ou peu auparavant ; quelquefois ils n'osent considérer comme cause une angine à fausses-membranes qui a été soignée dans la salle il y a quelques mois ou plus et en est sortie guérie. Nous n'hésiterions pas maintenant à rattacher les deux faits.

Dans d'autres cas, enfin, il semble n'y avoir ni contagion directe ni indirecte. La grande vitalité des bacilles de Loeffler dans les fausses-membranes desséchées, dans les poussières des planchers, la présence du bacille à l'état latent sur les muqueuses du pharynx, sa persistance pendant de longs mois dans la gorge d'enfants apparemment guéris d'une angine couenneuse, ou même d'une angine rouge, sont aujourd'hui bien connues et capables d'expliquer ces faits où la contagion paraissait impossible. On pourrait encore admettre avec MM. Roux et Yersin que des bacilles sans virulence deviennent actifs à la suite d'une maladie aiguë et dans des conditions encore connues.

La fièvre typhoïde semble avoir une affinité spéciale pour la diphtérie, elle vient sans doute après la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, mais elle passe avant la tuberculose. Oulmont rapporte à ce sujet que dans l'épidémie de 1855 cette complication porta presque exclusivement sur des fièvres typhoïdes, une seule fois sur une tuberculose. Dans le service de mon maître, le Dr Josias, elle frappa deux fièvres typhoïdes et une péritonite bacillaire qui guérit. Dès ce jour on fit à tout enfant entrant dans

la salle contaminée une injection préventive de 5 ou de 10 centimètres cubes de sérum de Roux et plus un seul cas de diphtérie ne se déclara quoique l'examen microscopique du mucus pratiqué chez tous les enfants ait révélé dans la gorge de plusieurs d'entre eux la présence des bacilles de Loeffler.

La lésion plus ou moins intense du tissu lymphoïde du pharynx, dont la structure est analogue à celle des plaques de Peyer de l'intestin grêle, n'est certainement pas étrangère à la localisation pharyngée de la diphtérie, et cet état morbide des organes, comme le dit Sanné, n'attire pas seulement la diphtérie pendant la période d'état, mais encore pendant la convalescence où ils continuent d'être sous l'influence des poussées aiguës qu'ils viennent de subir.

Quelques auteurs modernes outre la localisation au pharynx ont vu des fausses-membranes diphtériques sur des plaies de vésicatoire, des plaies d'eschare. Sanné dans ces cas a même observé la gangrène. Je n'ai pas trouvé d'observations relatant des faits de ce genre.

Symptomatologie. — Chez un sujet sain la diphtérie est une affection qui doit être traitée de bonne heure, à plus forte raison chez un sujet déjà ébranlé par une première maladie. C'est pour cette raison que les symptômes du début m'arrêteront plus spécialement. Plus vite on reconnaîtra la maladie, plus vite elle sera combattue, et plus on aura chance de faire de bonne besogne.

Malheureusement dans beaucoup de cas, et ce sont

ceux-là où une thérapeutique énergique et précoce serait le plus nécessaire, le clinicien ne devra pas compter sur les signes fonctionnels pour dépister le mal, le malade atteint gravement, abattu, terrassé déjà presque par sa première maladie, ne se plaint plus, ne réagit que très peu aux atteintes de la seconde. Dans ces cas c'est une surveillance de tous les instants, un examen soigneux de tous les organes que le médecin devra faire chaque jour. A ce prix seulement le mal pourra être découvert dès son apparition et on n'aura plus à regretter ces cas dont parlent tous les auteurs où la toux rauque, la voix éteinte, où le cou œdématié du malade ont attiré l'attention de l'observateur vers la gorge déjà tapissée de fausses-membranes.

La rougeur, quelquefois très intense, presque violette du pharynx, le gonflement des amygdales, la sécheresse de la gorge, la gêne de la déglutition sont des faits très souvent notés dans les observations précédentes, et ils sont d'autant plus dignes d'attention qu'à l'heure actuelle ils sont l'indication d'un examen microscopique du mucus de la gorge. Généralement ils précèdent l'apparition des fausses-membranes, de un, deux, quelquefois trois jours, et ils peuvent coïncider avec un gonflement des régions rétro ou sous-maxillaires. Ce sont là avec l'aggravation d'un état général qui pouvait être déjà en voie d'amélioration, avec l'élévation de température, pas constante, car nous savons que la diphtérie n'est pas nécessairement pyrétogène, avec des vomissements

qui manquent souvent aussi, les seuls signes qui puissent attirer l'attention du clinicien avant l'apparition des fausses-membranes.

Dans d'autres cas, comme je le disais plus haut, rien de tout ceci n'existe, le début est insidieux, la sensibilité du malade étant émoussée, il n'accuse aucune douleur, à peine si on le lui demande annonce-t-il un peu de sécheresse, un peu de gêne de la déglutition que déjà l'examen révèle les exsudats étendus.

Enfin, l'angine n'est pas toujours le mode de début, le larynx peut être touché le premier, alors ce sont les troubles de la voix qui ouvrent la scène, avec la dyspnée, la toux, quelquefois le rejet de fragments membraneux.

Une fois installée, la diphtérie progresse avec une rapidité souvent remarquée par les observateurs, et qui sera d'autant plus grande que l'altération des muqueuses par la maladie précédente aura été plus considérable. Un exemple tout à fait remarquable en est cette observation de Catrin où après avoir somméillé deux jours à l'état d'angine pultacée bénigne, les fausses-membranes se sont développées si rapidement qu'en moins de 24 heures elles avaient envahi le pharynx, le larynx, la trachée, les bronches, jusque dans leurs plus fines ramifications. On devine alors quels peuvent être les principaux signes à l'examen du malade. La gorge montre les fausses-membranes, non pas blanches le plus souvent, mais grisâtres, quelquefois très épaisses, couvrant tout le fond du pharynx, la luette, les amygdales, le voile du palais,

quelquefois même empiétant sur les joues. La langue est empâtée, fuligineuse, un engorgement ganglionnaire considérable peut se montrer : parfois un gonflement œdémateux de tout le cou. Il peut exister un jetage d'odeur infecte témoignant de la propagation aux fosses nasales. C'est dans ces cas que l'on observe tous les signes d'une infection profonde, hémorrhagies multiples, pétéchies, ecchymoses scorbutiques, épistaxis, pseudo-rhumatisme infectieux, de même que des ulcérations gangréneuses de la gorge, des narines, des commissures des lèvres. La voix n'existe plus, le malade est affaibli, profondément intoxiqué, le teint est plombé. Les urines, en petite quantité, contiennent des flots d'albumine. Souvent le délire fait son apparition. Le pouls et la respiration s'embarrassent, le collapsus s'installe et le malade s'éteint, sans signes de suffocation, tué par cette diphtérie maligne. Dans d'autres cas les exsudats se sont propagés aux voies respiratoires ou même c'est là qu'elles ont débuté, et il peut ne rien y avoir dans la gorge pendant toute la durée de la maladie. Les signes de croup dominant. On fait la trachéotomie souvent inutile, car les lésions dans leur marche rapide ont déjà envahi la trachée ; après quelques accès, de suffocation, d'autres fois après un seul accès le malade est emporté. Il arrive que même dans les cas où l'autopsie révèle la propagation des fausses-membranes au larynx, à la trachée, le malade succombe sans accès de suffocation, terrassé par l'infection (Obs. XII).

Heureusement ce sombre tableau ne se réalise pas à tout coup. Dans des cas trop rares l'angine cède au bout de longs jours et le malade guérit après une convalescence lente, pénible et accidentée, ou bien même après l'invasion de la trachée, la trachéotomie permet l'expulsion d'un tube trachéal suivie d'une amélioration qui s'accroît et amène une guérison définitive,

La diphtérie, plus ou moins virulente n'est pas le seul facteur à considérer, et Sanné dit en 1877 que le pronostic dépend beaucoup de la maladie première grave ou bénigne, en cours ou en convalescence, et aussi, dirions-nous maintenant, de la résistance dont est capable l'individu vis-à-vis de la seconde infection.

Dans la plupart des cas cités plus haut la fièvre typhoïde a été grave, et pour ma part, les deux cas que j'ai observés dans le service de mon maître le docteur Josias étaient à forme ataxo-adynamique et hyperpyrétique. Les malades sont frappés en pleine évolution, entre le deuxième et le quatrième septenaire; quoi d'étonnant alors à ce que la toxine diphtérique envahisse rapidement l'organisme et que la maladie revête la forme infectieuse, c'est-à-dire se présente avec son maximum de gravité. L'issue semble devoir être meilleure si la diphtérie éclate alors que le malade est déjà en convalescence de sa fièvre typhoïde. Oulmont rapporte que parmi ses six cas, cinq fois la diphtérie amena la mort après avoir débuté du deuxième au quatrième septenaire, une

fois elle fut suivie de guérison après avoir débuté pendant la convalescence. J'ai cité aussi une observation de diphtérie débutant au trente-neuvième jour et suivie de guérison.

Mais ce n'était pas là une règle absolue surtout avant la sérothérapie antidiphtérique. Mes observations V, XV et XXIII *bis* en font foi. Il y a lieu pourtant, avec notre thérapeutique actuelle, jointe aux moyens de défense qu'un organisme ordinairement jeune tend déjà à recouvrer, d'espérer, pour ces cas à l'avenir un résultat plus satisfaisant.

La propagation souvent notée du côté des fosses nasales, des voies respiratoires, la rapidité avec laquelle se fait cette extension des fausses-membranes, la forme infectieuse revêtue par la maladie, la mort survenant après une courte durée, tous ces faits relativement peu fréquents dans les diphtéries primitives et cités ici dans presque toutes les observations suffisent amplement pour affirmer que la fièvre typhoïde exerce sur la diphtérie une très mauvaise influence.

La fièvre typhoïde semble moins influencée. Dans les autopsies on trouve le plus souvent des lésions intestinales normales pour la période de l'affection où a eu lieu le décès.

Il est fréquent de trouver les ulcérations en voie de réparation. La rate est grosse, présente le type infectieux, fait bien compréhensible. Le cœur est souvent trouvé couleur feuille morte. Si le malade survit, la fièvre typhoïde n'est pas prolongée, tandis

que la diphtérie semble s'éterniser et que la gorge ne se débarrasse de fausses-membranes qu'après de longs jours. Les faits de collapsus souvent cités dans les observations précédentes me semblent devoir attirer l'attention ; leur fréquence ne tiendrait-elle pas à la facilité avec laquelle les toxines éberthienne et diphtérique agissent sur le cœur ?

Dans presque tous les cas relatés dans mes observations la diphtérie a eu son début dans le cours ou peu après la fièvre typhoïde. Il n'en est pas toujours ainsi : la diphtérie peut précéder la dothiéntérie. Mon observation XXIII concerne une femme de 28 ans, enceinte de 8 mois, présentant une angine à fausses-membranes bien probablement diphtériques. Après sept jours les fausses-membranes disparaissent et la malade commence une fièvre continue. Six jours après réapparition des exsudats, extension marquée et disparition après une durée de quinze jours. La fièvre typhoïde continue son évolution naturelle et la malade guérit. Granville (*Lancet. London*, 1882) cite aussi un cas de diphtérie avec exsudats étendus, précédant une dothiéntérie qui quoique grave se termina par la guérison. Rosenthal (*Arch. Péd. N.-York*, 1903) commentant l'observation XXVII, est étonné que dans ce cas la diphtérie n'ait pas précédé la fièvre typhoïde comme il l'a lui-même déjà observé une fois et comme ses confrères le voient quelquefois en Amérique.

Je pourrais rapprocher de ces faits une observation puisée dans le service de mon Maître. Il s'agit d'un

enfant de 9 ans qui fait après une angine diphthérique assez grave une fièvre typhoïde bénigne.

J'ai rapporté ces faits pour montrer le peu d'influence que semble avoir sur la fièvre typhoïde une diphthérie antérieure.

Diagnostic. — Le mode d'accroissement des exsudats, la gravité de l'état général, la propagation au larynx, à la trachée sont des signes cliniques de grande probabilité en faveur d'une diphthérie, mais il ne faudrait pas attendre leur apparition pour commencer une thérapeutique antidiphthérique. C'est tout au début dès l'apparition de rougeur, de gêne, que l'examen du mucus sera fait, et suivi d'une thérapeutique énergique s'il y a lieu.

Je ne ferai que citer les principales affections à fausses-membranes qui pourraient donner lieu à une hésitation.

Ce sont d'abord les angines à fausses-membranes, à streptocoques, pneumocoques, staphylocoques, etc., assez fréquentes après les maladies aiguës, accompagnées d'un état grave, et qui souvent ne pourront être différenciées des angines diphthériques que par l'examen bactériologique. A ce sujet il est bon de rappeler que les angines diphthériques secondaires sont rarement pures, le streptocoque, ou un des micro-organismes cités plus haut s'y joint dans la plupart des cas.

Le muguet peut apparaître dans le cours de la fièvre typhoïde. Il se développe sur toute la cavité buccale, sous forme de points blancs ou de plaques laiteuses,

mais de préférence sur les piliers, les amygdales et le voile du palais. Il s'annonce par de la douleur dans les mouvements de la langue et par une dysphagie extrême.

Il arrive quelquefois que des plaques muqueuses se recouvrent de fausses-membranes. Elles pourraient dans le cours d'une fièvre continue prêter à erreur. Mais l'interrogatoire, l'apparition d'autres accidents secondaires feront faire le diagnostic.

Les aphtes sont de petites vésicules qui se rompent, et laissent des ulcérations arrondies, capuliformes, au fond desquelles se trouvent des pseudo-membranes grisâtres ou jaunâtres. Elles sont très douloureuses, la mastication est gênée, et la sputation est abondante. Leur siège de préférence semble être aux lèvres, à la langue, à la voûte palatine, rarement à la gorge. L'angine pultacée présente un enduit accumulé dans les cryptes folliculaires. Au début le diagnostic avec la diphtérie en est très difficile. Comme dans la plupart des cas précédents les examens microscopiques seront répétés à peu de jours de distance, car sur ces affections la diphtérie se greffe assez facilement.

Pronostic. — Est-il possible, étant donné une fièvre typhoïde compliquée de diphtérie, d'en établir le pronostic ? Sanné semble le croire quand il écrit que l'issue dépend beaucoup de la forme de la maladie première et de la période de début de la diphtérie.

Mais il reste bien d'autres facteurs dont l'appréciation est difficile pour ne pas dire impossible. Aussi

vois-je dans mes observations des malades succomber après avoir été atteints pendant leur convalescence, d'autres dans le cours d'une fièvre continue bénigne. A côté de ces cas des guérisons surviennent chez des malades atteints de diphtérie après ou dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, d'autres guérissent après avoir présenté des signes de croup, d'autres même après la trachéotomie. Ces terminaisons heureuses ne pourront à l'avenir que devenir plus fréquentes ; nos méthodes d'alimentation des typhiques leur permettent de faire plus facilement les frais de leur maladie et de surmonter aisément les difficultés de la convalescence. La thérapeutique de la fièvre typhoïde est entrée en ces dernières années dans une nouvelle voie. Nous possédons contre la diphtérie un moyen de diagnostic précoce et sûr, et une thérapeutique efficace. Toutes ces acquisitions faites depuis moins de vingt ans nous permettent d'envisager l'avenir sous un jour plus favorable, et de fait M. le professeur Chantemesse me disait avoir eu dans son service depuis trois ans trois associations de fièvre typhoïde et diphtérie suivies de guérison.

Traitement. — Le diagnostic de diphtérie une fois posé, même avant l'apparition des fausses-membranes, on devra mettre en pratique la sérothérapie antidiphtérique. On ne craindra pas, étant donné le danger proche et la virulence plus grande des angines polymicrobiennes souvent constatées dans ces cas, de faire des injections de 20, 30 et même 40 centimètres cubes selon l'âge, dès le pre-

mier jour. Les jours suivants on les répétera s'il y a lieu.

On emploiera en outre comme traitement local les badigeonnages au collutoire boraté, résoreiné ou mentholé, ils seront faits avec les plus grandes précautions pour ne pas excorier les muqueuses déjà en très mauvais état, ni les faire saigner. Des lavages de gorge, de nez, seront faits deux fois par jour avec des solutions tièdes d'acide borique, d'eau de Labarraque ou de thymol. Dans le cas de fétidité des vaporisations incessantes d'une solution de thymol seront faites près du lit du malade.

On donnera des toniques, de l'alcool sous forme de potion de Todd, de grogs, de thé au rhum, de champagne. Mais par dessus tout on veillera à l'alimentation : lait, bouillon, œufs, jus de viande. Dans les cas d'anorexie et de dysphagie trop grande on se servira de peptones, par la voie rectale si c'est nécessaire. Tant qu'un malade se nourrit, quelque gravement qu'il soit atteint, tout espoir n'est pas perdu de le sauver.

Statistique. — Les observations que j'ai rapportées plus haut me permettent de préciser davantage et de traduire par quelques chiffres le mode de début, la durée, les modes de terminaison de l'évolution diphtérique. Tout le monde est d'accord pour affirmer la rareté de la diphtérie chez les typhiques. Pourtant on admet que l'association est plus fréquente chez les enfants, ce qui s'explique par ce fait

que la diphtérie est une maladie surtout infantile et la contagion par conséquent plus facile pour les enfants.

Cependant sur 31 cas où l'âge est noté, je n'en trouve que 14 au-dessous de 15 ans, c'est-à-dire à peine la moitié : sans doute à cause de leur rareté publie-t-on plutôt les diphtéries secondaires survenant chez les adultes. Sanné en compte 8 cas sur 1456 typhiques, Mollière 5 sur 234, mais j'ai dit plus haut quelle raison il donnait de cette forte proportion. Libermann estime qu'on en trouve à peine un cas sur 100 en dehors des temps d'épidémie. En 1903, S. M. Crae dans une analyse de 717 cas de fièvre typhoïde ne cite qu'une seule association diphtérique, dont il ne donne pas la localisation, ni l'issue. Ya-t-il une époque que la diphtérie semble préférer pour faire son apparition? Oulmont rapporte que chez cinq de ses malades elle survint du deuxième au quatrième septenaire (15^e jour, 16^e jour, 22^e jour (2 fois), 26^e jour). Dans un seul cas après quinze jours de convalescence. Griésinger mentionne qu'elle survient aussi bien au début qu'à la fin de la fièvre typhoïde.

Dans mes observations il est fait mention trente fois de l'époque du début : trois fois elle débuta pendant le premier septenaire, neuf fois pendant le second, sept fois pendant le troisième, sept fois également pendant le quatrième, quatre fois le début a eu lieu pendant la convalescence. Il semble donc que la diphtérie choisisse pour envahir l'organisme le moment où celui-ci est sous l'influence des toxines

éberthiennes et le moins apte à se défendre. Ceci m'amène à rechercher quelle est la durée moyenne de l'évolution diphtérique. Parmi les huit cas que Sanné a observés, la mort est survenue deux fois après le premier jour, trois fois après deux jours, et les trois derniers cas n'ont pas dépassé le cinquième jour. Même constatation pendant l'épidémie de 1855 à l'hôpital Saint-Antoine. Quatre fois le malade a succombé après deux jours d'angine, une après quatre jours. Dans les observations citées plus haut la mort est survenue trois fois après le premier jour, six fois après le deuxième jour, cinq fois après le troisième, une seule fois après le quatrième, quatre fois après le sixième, deux fois après le septième et une fois après onze jours.

Les guérisons sont survenues après des durées généralement plus longues. Dans trois cas après vingt-deux, quinze et treize jours de maladie, dans deux cas après huit jours et enfin dans deux cas après trois jours. La seule guérison rapportée par Oulmont survint après trente jours de maladie.

Brouardel dans l'article « Fièvre typhoïde » du *Traité de médecine et de thérapeutique*, dit que l'angine est la localisation ordinaire et le croup beaucoup plus rare, l'évolution durant trop peu pour que les fausses membranes se propagent de la gorge au larynx. Mes observations ne sont pas en complet accord avec cette assertion. J'en ai trente où la localisation est mentionnée et le plus souvent contrôlée par l'autopsie.

Dans 9 cas il y eut angine seule, dans 21 cas les fausses-membranes envahirent le larynx, la trachée et souvent les divisions bronchiques. Dans quatre de ces cas la diphtérie s'établit au larynx, et il n'y eut jamais rien dans le pharynx (un de ces cas guérit après trachéotomie et expulsion d'un moule trachéal).

Sept fois la trachéotomie fut pratiquée, une seule fois avec succès. Il est même digne de remarque que la trachée ne fut pas ouverte plus souvent, mais nous savons d'une part jusqu'à quelles limites on la reculait, et d'autre part j'ai montré que certains malades, quoique ayant des lésions suffisantes pour produire des symptômes croupaux, n'avaient pas d'accès de suffocation, mais s'affaissaient peu à peu et succombaient intoxiqués.

Dans quelle proportion la diphtérie secondaire des typhiques amène-t-elle la mort ? Sanné donne 8 cas avec 8 décès. Mollière 5 cas avec 3 décès. Oulmont rapporte 6 cas avec une guérison. En joignant ces résultats aux observations rapportées plus haut, j'arrive à un total de 49 cas avec 10 guérisons, soit une mortalité de 80/100 environ.

La comparaison de l'âge des malades et de l'issue de leur maladie ne permet pas l'établissement d'un rapport quelconque entre ces deux facteurs.

CONCLUSIONS

I. — La diphtérie survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde comporte un pronostic sévère, puisque la mort survient dans 80/100 des cas. La mort semble imputable à la diphtérie, malgré le traitement antidiphtérique, puisque dans certains cas l'autopsie a permis de constater que les lésions intestinales étaient en voie de réparation. Cette nouvelle maladie toxi-infectieuse trouve un terrain appauvri, une résistance amoindrie et surajoute ses effets de désorganisation et d'altération cellulaires à ceux de la maladie primitive pour aboutir rapidement à la mort.

II. — La diphtérie peut débiter à tout moment de la maladie première, mais de préférence du deuxième au quatrième septenaire.

III. — Il est indispensable de maintenir les premières voies respiratoires des typhiques dans un état permanent de propreté.

IV. — Il sera fait tous les matins un examen complet de la gorge et à la moindre alerte un examen bactériologique du mucus pharyngien.

V. — En cas d'épidémie de fièvre typhoïde et de diphtérie, il est indispensable de faire aux typhi-

ques des injections préventives de sérum de Roux.

VI. — A la suite des deux cas malheureux que j'ai rapportés, mon maître le Dr Josias fit faire à tout entrant dans son service, dès le diagnostic fait de fièvre typhoïde, une injection préventive de sérum de Roux. A dater de ce jour, et malgré un nombre assez considérable de typhiques (plus de 70), plus un seul cas de diphtérie ne se déclara quoique l'examen bactériologique ait révélé chez plusieurs la présence du bacille de Lœffler.

Vu le Président de thèse,

CHANTEMESSE

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BRETONNEAU. — De la diphtérie. Paris, 1826.
- HORTELOUP. — Thèse Paris, 1828.
- LOUIS. — Rech. sur la fièvre typhoïde, 1829.
- TAUPIN. — Journal des Conn. Méd. chirurgicales, 1839.
- RILLIET. — De la fièvre typhoïde chez les enfants, 1840.
- FORGET. — Etude sur l'entérite folliculeuse, 1841.
- BARRIER. — Maladies des enfants, 1842.
- SESTIER. — Traité de l'angine œdémateuse, 1852.
- OULMONT. — Revue méd. chirurg., juillet 1855.
- MURCHISON. — British. Med. Chirurg. Review, juillet 1859.
- DUBRON. — Thèse Paris, 1874.
- MOLLIÈRE. — Lyon-Médical, 1876 (15 octobre).
- CHAUMEL. — Thèse Paris, 1877.
- BEZ-JOHN. — Thèse Paris, 1877.
- SANNÉ. — Traité de la diphtérie, 1877.
- BOUCHUT. — Traité prat. des malad. infantiles, 1877.
- BOUCHARD. — Thèse Paris, 1878.
- BLAISING. — Thèse Nancy, 1880.
- RENÉ. — Compl. de la fièvre typhoïde. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1881.
- SPILMANN. — Compl. laryngées de la fièvre typhoïde. Revue médicale de l'Est. Nancy, 1881.
- LEJARD. — France Médicale, 1881, p. 683-686.

- ROBERTS. — British. Med. Journal, London, 1881, p. 161.
- DÉRIGNAC. — Thèse Paris, 1882.
- CUSHING. — Boston m. and S. Journal, 1882, p. 435-437.
- Nouv. dict. de Méd. et de Chirurg. pratiques, 1882. Article
diphtérie.
- CARRIEU. — Gazette hebd. des Sc. méd. de Montpellier, 1883.
- HÉNOCH. — Cliniques, 1885.
- PAGET. — British Med. Journal, 1883, p. 67.
- BARTHEZ. — Revue par Rilliet et Sanné, 1891.
- PESTER. — Mediscinische Chirurgische Presse, 1891, p. 852.
- DELTHIL. — Traité de la diphtérie, 1891.
- TOOTH. — Lancet, London, 1892, p. 746.
- CATRIN. — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux. Paris,
1893, p. 294-298.
- GAYTON. — Lancet London, 1894.
- BARAZAS. — Rev. de Méd. et de Chirurg. pratiques. Madrid,
1894.
- ROSENTHAL. — Arch. of. Pediatrics. New-York, 1902, 595-603.
- M. CRAE. — Tr. Ass. Am. Physicians. Philadelphie, 1903.
- GRIESINGER. — Trad. française par Lematte. Traité des malad.
infectieuses.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de méd. et de thérapeutique.
- BOUCHARD-BRISSAUD. — Traité de médecine.